

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA  
ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del cliente (por favor en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso o Servicio: \_\_\_\_\_

La privacidad de su salud protegida y/o información confidencial es importante para nosotros. Al firmar este formulario, usted reconoce que el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Waukesha (WCDHHS, por sus siglas en inglés) le ha proporcionado una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad Acerca de la Información de Salud más reciente, que explica cómo su información de salud y/o información confidencial será manejada en varias situaciones. A todos los clientes que reciban servicios se les pedirá que firmen este formulario y se incluirá en su registro de atención médica.

Si su primera fecha de servicio con WCDHHS se debió a una emergencia, debemos intentar proporcionarle el Aviso de Prácticas de Privacidad más reciente Acerca de la Información de Salud y obtener su firma de acuse de recibo tan pronto como sea posible después de la emergencia.

Con mi firma a continuación, reconozco que me han ofrecido o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad Acerca de la Información de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos del condado de Waukesha, y se me ha brindado la oportunidad de hablar sobre mis inquietudes y preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor/representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si no es el cliente, por favor describa la relación

---

---

**Si este Acuse de Recibo no ha sido firmado por el cliente o el padre, tutor o representante personal del cliente (anterior), un miembro del personal de WCDHHS debe completar esta sección:**

1. ¿Se le proporcionó al cliente una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad Acerca de la Información de Salud?

Sí                       No

2. Por favor, explique por qué el cliente no firmó este Acuse de Recibo y explique los esfuerzos realizados por WCDHHS para intentar obtener la firma del cliente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha